

# Promoção do bem-estar na adolescência: Impacto do estatuto socio-económico e do estatuto migrante

TÂNIA GASPAR (\*)

## INTRODUÇÃO

Os avanços recentes da investigação médica e psicológica conduziram a uma nova forma de abordagem da saúde, nomeadamente o modelo bio-psicossocial que contextualiza a saúde e a doença como produtos de uma combinação de factores incluindo características biológicas (predisposição genética, sexo, idade, etc.), factores comportamentais (estilo de vida, *stress*, crenças de saúde) e factores sociais (família, escola, suporte social, cultura, comunidade) (WHO, 1999).

A intervenção psicológica no sistema de saúde envolve a consideração dos diversos contextos sociais e culturais onde a saúde e a doença ocorrem, uma vez que é necessário ter em conta diferentes representações de saúde e doença, diferentes discursos e diferentes modalidades de protecção da saúde e de convívio com a doença, com os tratamentos e com os técnicos de saúde. No sentido da melhoria do bem-estar e da saúde dos indivíduos e das comunidades é evidente que é necessária uma perspectiva

ecológica e comunitária que permita compreender os comportamentos relacionados com a saúde em função de contextos sociais e culturais, uma vez que existem muitos comportamentos de risco para a saúde associados a determinantes sociais e/ou culturais e que nos deparamos com uma diminuição da coesão social e uma degradação dos sistemas tradicionais de suporte (família, vizinhança, etc.) (Gaspar, 2005; Glanz, 1999; Seltertobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001).

Diferentes culturas estão associadas a diferentes conceitos de saúde, diferentes formas de enfrentar as ameaças para a saúde e diferentes experiências da doença. A saúde dos grupos minoritários é geralmente fraca, identificando-se vários factores associados: práticas sociais de racismo e discriminação, estatuto socio-económico baixo, etnocentrismo dos serviços de saúde e de educação, diferentes comportamentos protectores da saúde dependentes da cultura e de diferentes normas sociais e expectativas, diferenças na rapidez de reconhecimento dos sintomas, diferenças na acessibilidade aos serviços de saúde, *stress* social e menor controlo pessoal (Martins & Silva, 2000; Teixeira, 2000).

A proveniência étnica e cultural confunde-se frequentemente com a classe social, uma vez que uma percentagem significativa dos membros das minorias étnicas e culturais tem estatuto socio-económico baixo. Verifica-se, também, que os sujeitos pertencentes a minorias étnicas têm mais fontes

---

(\*) Faculdade de Motricidade Humana (Projecto Aventura Social) / Universidade Técnica de Lisboa. Centro de Malária e outras Doenças Tropicais/Instituto de Higiene e Medicina Tropical / Universidade Nova de Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. E-mail: [taniagaspar@fmh.utl.pt](mailto:taniagaspar@fmh.utl.pt)

de *stress* (discriminação, conflito racial) e enfrentam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Gaspar & Matos, 2007; Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2007; Gonçalves *et al.*, 2003).

A consideração de diversos contextos culturais implica que seja necessário (Martins & Silva, 2000; Teixeira, 2000): (a) compreender a evolução das crenças de saúde em função dos contextos sociais e culturais; (b) investigar factores associados ao desenvolvimento crescente dos cuidados alternativos; (c) estudar a interação dos sistemas de crenças de saúde das minorias étnicas com o sistema de crenças de saúde dominante.

A diversidade inerente à juventude determina necessidades de abordagem específicas para os vários grupos culturais por parte dos agentes responsáveis pelo acompanhamento e formação dos adolescentes, bem como os investigadores deste objecto de estudo. Os estudos para avaliação dos comportamentos e prevenção de eventuais situações de risco, em diferentes grupos étnico-culturais, necessitam ter em consideração vários factores básicos de obtenção de resultados efectivos, tais como o desenvolvimento da sensibilidade cultural e respeito pela personalidade individual, através do conhecimento e valorização dos diferentes saberes, crenças e comportamentos da população em causa (Martins & Silva, 2000; Roosa & Gonzales, 2000).

Martins e Silva (2000) avançam com os factores que condicionam o estabelecimento de vias interculturais: (a) obstáculos ao estabelecimento de vias interculturais: (1) valores, atitudes e expectativas dos professores (os professores, em geral, defendem a igualdade de oportunidades independentemente da origem étnica mas afirmam que não têm condições para adoptar esses princípios e que a sua promoção é da responsabilidade das famílias, postura que iria aumentar as práticas assimétricas); (2) cultura definida como conjunto de crenças, costumes, conhecimentos, hábitos e tradições partilhadas pelos membros de uma sociedade, transmitidos, de geração em geração (pode ser um obstáculo à promoção de atitudes favoráveis ao interculturalismo); (3) contexto familiar (o meio familiar é muito influenciado pelas suas raízes culturais e pelo seu estatuto socio-económico); (4) desvantagens socio-económicas (em sociedades etnicamente heterogéneas, as desvantagens socio-económicas - baixos salários, desemprego, sub-emprego, habitações degradadas, etc.) afectam, particularmente, as famílias pertencentes a minorias étnicas. (b) condições favoráveis ao interculturalismo:

(1) promoção de práticas de educação multicultural (implica mudanças a diversos níveis: ao nível do professor, do currículo escolar, estratégias de ensino, a nível da escola); (2) integração cultural (promovendo a aceitação de aspectos da cultura da minoria que sejam ajustáveis à cultura dominante e a rejeição de aspectos dessa cultura que não o sejam); (3) pluralismo (permitindo a coexistência das culturas de diferentes grupos étnicos no seio de uma sociedade); (4) educação participada e formação das famílias (fomentando relações com as famílias com vista ao reforço da comunicação, participação e co-responsabilização).

Por tudo quanto foi dito, parece necessário que os promotores de saúde devam ser precisos e salientar as vantagens e desvantagens dos diversos comportamentos de saúde e risco, respectivamente. Devendo, também, assistir os adolescentes na procura de alternativas realistas e mais adequadas para enfrentar os diversos desafios e estímulos nesta fase da sua vida, tais como: o *stress*, aborrecimento/tédio e depressão, e promover actividades que proporcionem prazer, relaxamento e ocupação. Considerando as desvantagens, os promotores de saúde devem focar o conteúdo das acções preventivas no presente (não no futuro) e no dia-a-dia (p.e. actividade física), devendo realçar o prestígio social do não fumador. Devem-se ainda ter em conta as diferenças de género e a associação tabaco/álcool/drogas e o estilo de vida. O tempo de lazer parece ser um bom ponto de partida, assim como as alternativas para lidar com a vida, a procura de prazer e de bem-estar (Matos & Equipa Aventura Social, 2003, 2006).

A intervenção deve ter em foco as alternativas, ou seja, ajudar os adolescentes a encontrar formas de lidar com a ansiedade, com o *stress*, com a depressão, com o tédio, no relacionamento com o outro sexo, bem como com os desafios da vida em geral, sem ser com recurso ao consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas), à violência ou à doença física ou mental (Gaspar, Matos, Gonçalves & Ramos, 2005; 2007; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003; WHO, 1999).

A educação para a saúde nas escolas portuguesas poderia sem dúvida desenvolver-se no sentido de ir ao encontro destas necessidades, nomeadamente incluindo “actores” como os pais e os pares; incluindo cenários tais como a comunidade e a optimização dos tempos de lazer saudável e ajudando a “elevar” os estilos de vida saudáveis a um “estatuto de prestígio”;

e, por fim, incluindo temáticas tais como a promoção de competências de comunicação interpessoal, competências de identificação e resolução de problemas, a promoção da assertividade e da resiliência nos adolescentes, em síntese tomando nas mãos o seu papel de otimizar a participação dos adolescentes na vida social, mantendo opções pró-sociais e saudáveis (Gaspar & Matos, 2007; Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2007; Matos, 2005).

A promoção de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para promover a construção de alternativas e de formas de lidar com os desafios mais adequadas, em situações onde os factores sociais, económicos e ambientais podem constituir factores ligados ao risco, sendo um meio que possibilite um aumento de participação e de bem-estar dos adolescentes (Hamburg, 1999; Matos, 2005). O desenvolvimento de programas de promoção de competências pessoais e sociais que capacitem os indivíduos a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, etc., optimizam a sua capacidade escolher um estilo de vida saudável e de o manter. Um programa de intervenção com adolescentes desenvolvido pela Universidade de Cornell (*in* Hamburg, 1999), envolve treino de resistência a influência sociais de risco, treino de resolução de problemas, treino de assertividade, estratégias para lidar com a ansiedade e competências sociais essenciais. Este treino de competências sociais e pessoais é apresentado por diversos modelos: os professores, os pares mais velhos e outros profissionais externos à escola.

A educação para a saúde não se pode limitar a adoptar uma abordagem das doenças de cariz informativo. As acções educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, não só para que sejam os próprios indivíduos a tomar decisões e a responsabilizar-se pela sua saúde, mas também para que eles se sintam competentes para adoptar estilos de vida saudáveis e, ainda, para que o seu envolvimento físico e social seja favorável a estes estilos de vida permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura (WHO, 1999).

Para a elaboração esclarecida, informada ou baseada na investigação de programas de intervenção na comunidade, que promovam os comportamentos de saúde e apoiem a implementação e manutenção de estilos de vida saudáveis a nível comunitário,

tendo em conta as diferenças socioculturais nas comunidades, é necessário o conhecimento da situação real (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003, 2006).

É importante e fundamental que as entidades responsáveis, políticos, educadores, profissionais de saúde e outros grupos com responsabilidades de intervenção na comunidade, reconheçam a diversidade dos adolescentes e dos adolescentes, as suas potencialidades e dos seus hábitos de vida, em contextos culturais e sociais diversos, adequando assim as estratégias de comunicação com estes grupos. Por outro lado, tem que se reconhecer que estes grupos têm direitos e necessitam também de respeito pelas suas opções. Se os adolescentes necessitam de informação e de suporte, os adultos necessitam de competências para interacção com este grupo (WHO, 1999).

## METODOLOGIA

O presente estudo envolve populações pertencentes a quatro comunidades (*Quinta do Mocho, Cova da Moura, Chelas e Cristo Rei*), onde se desenvolvem projectos de intervenção na área da promoção de saúde e protecção de doença de adolescentes migrantes, na sua maioria africanos e com estatuto socio-económico baixo, e com as quais já se mantiveram contactos anteriores.

Os participantes foram: adolescentes migrantes, africanos, de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> gerações (adolescentes residentes na Quinta do Mocho, na Cova da Moura, no Bairro de Chelas ou no Bairro do Cristo Rei, do sexo masculino e feminino, com idades compreendidas entre os 13-19 anos de idade), que frequentam o ensino regular público e técnicos de saúde (profissionais que exercem a sua actividade inseridos em projectos de intervenção na área da promoção de saúde e protecção de doença de adolescentes migrantes, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de reabilitação psicossocial, médicos e enfermeiros).

Os 26 adolescentes participantes nos grupos focais foram agrupados da seguinte forma: Local 1 – seis rapazes e duas raparigas; Local 2 – quatro rapazes e três raparigas; Local 3 – dois rapazes e duas raparigas; Local 4 – quatro rapazes e três raparigas. Em relação aos grupos focais dos técnicos verificou-se a seguinte caracterização: Local 1 – cinco técnicos; Local 2 – seis técnicos; Local 3 – quatro técnicos;

Local 4 – sete técnicos; num total de 22 técnicos participantes.

Foram construídos oito grupos (quatro grupos de adolescentes e quatro grupos de técnicos), que foram entrevistados uma vez cada, através da aplicação da técnica de recolha de dados, grupos focais ou grupos de discussão centrados num tema (EMCDDA, 2000; Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2006; Gaspar, Matos, Gonçalves & Ramos, 2006; Lambert, Hublet, Verduyct, Maes & Broucke, 2002; MacDougall & Baum, 1997; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2002; Morse, 1999; Wilkinson, 1998).

Cada grupo de discussão de adolescentes foi constituído em média por seis adolescentes migrantes africanos, enquanto que os grupos de técnicos tiveram em média cinco técnicos cada.

Previamente, foi necessária a elaboração de um guião de entrevista, tendo em conta as questões de investigação e os objectivos do estudo, no sentido de melhor organizar e recolher a informação dos grupos de discussão com os adolescentes e com os técnicos.

Com os grupos de discussão com os adolescentes, pretendeu-se aprofundar junto a sua percepção acerca das estratégias de intervenção desenvolvidas na sua comunidade no âmbito da promoção de saúde e protecção da doença dos adolescentes migrantes, face à promoção do seu bem-estar. Junto dos técnicos de saúde pretendeu-se aprofundar a questão da sua percepção acerca das estratégias de intervenção desenvolvidas na comunidade no âmbito da promoção de saúde e protecção da doença dos adolescentes migrantes, face à promoção do bem-estar.

As entrevistas foram gravadas em sistema de áudio e foram transcritas e registadas em ficheiros “Word for Windows”.

Os dados provenientes do estudo foram alvo de uma análise de conteúdo: definição de categorias, codificação e registo de exemplos ilustrativos de cada categoria identificada. Foi utilizada uma metodologia qualitativa, uma análise de conteúdo, na análise das entrevistas dos adolescentes e dos técnicos participantes nos “grupos focais” ou grupos de discussão centrados num tema. Foram criadas categorias *a priori*, sendo que, após a análise dos dados, surgiu a necessidade de ajustar a estrutura de categorização pré-estabelecida, de modo a uma melhor exposição dos resultados. As categorias pré-estabelecidas foram fundamentadas por conhecimento adquirido através de uma revisão bibliográfica sobre o tema (EMCDDA, 2000; Gaspar, Matos, Gonçalves,

Ferreira & Linhares, 2006; Gaspar, Matos, Gonçalves & Ramos, 2006; Lambert, Hublet, Verduyct, Maes & Broucke, 2002; MacDougall & Baum, 1997; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2002; Morse, 1999; Wilkinson, 1998).

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados foram organizados por categorias e sub-categorias e apresentados de acordo com a questão de investigação, com exemplos ilustrativos, em discurso directo, do discurso dos participantes. Todos estes resultados foram acompanhados por comentários explicativos.

O seu conteúdo foi analisado tendo como ponto de partida a estrutura de categorização originalmente proposta. Foram efectuadas adaptações das categorias originalmente propostas segundo os conteúdos desenvolvidos pelos adolescentes e pelos técnicos.

### *Análise do discurso dos Adolescentes*

Os adolescentes reflectem acerca de aspectos que influenciam positiva e negativamente o seu bem-estar, e propõem pistas para a intervenção.

São referidas barreiras e dificuldades sentidas pelos adolescentes no seu dia-a-dia no bairro em que moram, na relação com pais e técnicos. Por outro lado, referem diversas boas práticas que promovem o seu bem-estar. Referem a necessidade de debates e falam sobre as expectativas futuras.

### *Barreiras/Dificuldades*

Foram identificados pelos adolescentes diversos problemas que afectam o seu bairro, tais como o processo de realojamento, pois defendem que o processo não foi feito da melhor maneira e criticam a actuação da polícia; a falta de actividades e infra-estruturas para ocupação dos tempos livres e que as actividades que são desenvolvidas têm um carácter esporádico. A polícia é outro dos problemas identificados pelos adolescentes, pela má relação que estabelece com a comunidade. Os adolescentes referem que o tráfico de droga é um problema no bairro, e percebem um fraco controlo, quer por parte da polícia, quer por parte dos técnicos que trabalham com a comunidade, mais especificamente com os adolescentes.

Realojamento: “Não deviam ter juntado pessoas de vários sítios quando se fez o realojamento: as pessoas não se conhecem, existem rivalidades entre os antigos bairros”; “Depois há confusões, violência, brigas”; “Vem a polícia, há confusão, e depois pagam uns pelos os outros”.

Falta de opções: “Acho que o pior é quando não há nada para fazer”; “Devia haver cenas de desporto, havia um campo aqui, estava sempre a jogar à bola, tiraram as balizas, como não estavam presas ao chão caíam e em vez de as pregar tiraram-nas”; “Nós tentamos falar mas não deu em nada, já há um ano e não temos balizas”; “Devia haver mais espaços desportivos”; “Ir mais ao cinema (Colombo ou Vasco da Gama)”; “Organizar grupos para fazer passeios”; “Visitar os estádios”; “O espaço adolescente faz coisas, temos actividades, como passeios, ir ao cinema, ir para a serra da estrela, acampar, etc. mas acho que devia haver mais coisas para o dia-a-dia”; “Pois é, o que falta é coisas para fazer todos os dias, quando há escola e ao fim de semana”.

Polícia: “Às vezes são muito agressivos”; “A relação com a polícia depende, antes havia aqui muitas rusgas, muitos tiros e ninguém gostava da polícia, porque cada vez que ela aparecia havia confusão. Agora é um pouco diferente, às vezes vêm cá, mas não é tantas vezes”; “(em relação ao tráfico de droga) A polícia também não faz nada de jeito, veio aqui na outra vez apanhar miúdos mas não apanha quem deve, os que não fazem nada não fugiram e foram apanhados os outros já lá iam”; “Para não haver tantos problemas aqui no bairro devia de haver mais polícia e sempre aqui, não só quando há problemas”; “Não há luz nas ruas, nem na rua principal, até os polícias têm medo de ir para lá”.

Tráfico de droga: “Os técnicos não podem fazer muita coisa, isto é mentalidade, está na moda, antes era roubo de carros, agora é droga”; “Os miúdos já não acreditam em nada, é dinheiro fácil”; “Eu não quero traficar, para quê? para estar a dormir mal, sabe que tem aquilo ali e não consegue dormir”; “Mas uma pessoa num dia faz mais de trinta contos, dinheiro fácil”; “Prefiro dormir descansado sem trips, quem tudo quer tudo perde”; “E depois também se começar a vender posso ter problemas, os que já estão no negócio podem me dar porrada e tirar-me o dinheiro e a droga, é a concorrência”; “Eles dão droga aos putos e eles vêm vender aqui e a polícia não pode fazer nada”; “Para os mais

novos não se meterem aqui não se faz nada”; “Nós tentamos falar com os mais novos, mas não dá, aqui não dá, cada um sabe de si”.

### Formação/Debates

Foram apresentados pelos adolescentes, diversos temas que gostariam de debater e sobre os quais gostariam de receber mais informação e apoio.

“*Racismo*” – discriminação na escola, pelos professores, pelas pessoas em geral;

“*Sexualidade/relação com o par sexual*” – paixão, sentimentos, receios, dúvidas, curiosidades;

“*Abandono escolar*” – a razão do abandono da escola, trabalho para ganhar dinheiro, tráfico, levantar cedo, professores, falta de incentivos, colegas/companhias que não estudam, namorados(as), medo dos testes;

“*Relação entre os adolescentes na escola*” – discriminação, abandono da escola, más notas, gravidez na adolescência;

“*Bairros sociais*” – realojamento, exclusão social, violência, tráfico de droga, estigmatização;

“*Futuro*” – medo de não ter casa, medo de não ter emprego, do divórcio, falta de oportunidades.

### Boas práticas

Quando estão tristes ou com problemas a maioria dos adolescentes referem que fala com os amigos mas também referem conversar com familiares, professores e outros técnicos.

Amigos: “Falo com amigos (a maioria dos adolescentes)”; “Quando estou triste vou falar com as minhas amigas”.

Professores: “Falo com o professor de história”; “Há professores que nos apoiam, talvez os mais novos”; “A professora de português percebe logo quando eu estou mais triste”.

Pais e outros familiares: “Falo com o meu pai”; “Converso tudo com a minha mãe”; “Converso com amigos e familiares mais velhos”; “Falo com a minha irmã mais velha”.

Técnicos: “Falo com o médico de família”; “Temos apoio dos técnicos e fácil acesso”; “Os mediadores do espaço adolescente”; “Com alguns animadores dá para falar”; “Para falar com um psicólogo não sei, talvez na escola”; “Nós temos uma casa da juventude, é um sítio onde quem quiser pode ir”; “Aqui não falamos muito com as pessoas são muito mais velhas, mas lá em cima são colegas

*mais da minha idade dá mais para falar, são um pouco mais velhos mas dá para falar (animador)”; “Não há nenhum psicólogo para falarmos”; “Os técnicos às vezes são muito maus, há aqui uma que não gosta nada de mim”; “Mas há aqui uma que eu gosto muito e até falo com ela”.*

Actividades: *“Quando estou mais nervosa vou jogar futebol”; “Eu jogo na playstation, fico logo mais calmo”.*

Relativamente à importância de ter associações de adolescentes no bairro, nas quais se desenvolvem debates, encontros, actividades e reuniões, a maioria dos adolescentes que tem este tipo de associações no bairro, refere que as acha muito importantes, pois são locais onde se podem falar e esclarecer diversas questões. Os adolescentes referem estratégias para planeamento e desenvolvimento de actividades que envolvem os adolescentes do bairro e outras pessoas da comunidade.

Debates: *“Gostávamos de falar sobre muitas coisas, como a SIDA, pois se começássemos a falar de uma coisa depois vinham outras”; “Mas há uns que querem saber mas são tímidos e têm vergonha”; “Querem falar mas ficam com vergonha”; “Ficam com a dúvida na mesma e depois se lhes perguntamos porque é que não disseste, calam-se”; “Na escola, o ano passado fizeram um debate sobre a sexualidade e foi bom mas aqueles adolescentes que são mais tímidos ou assim, não colocaram questões e não aproveitaram”.*

Actividades/envolvimento dos adolescentes e da comunidade: *“Fazemos parte do grupo de adolescentes do IAC, encontramos-nos todas as semanas mais do que uma vez, temos uma reunião quinzenal com outros adolescentes de outras associações (centro paroquial, centro de saúde, centro de adolescentes, etc.) e preparamos actividades para todos os adolescentes do bairro”; “Este ano estamos a tentar fazer um acampamento mas como custa muito dinheiro estamos a preparar uma festa para angariar dinheiro e também vamos vender rifas”; “Outras pessoas pedem às mães ou avós para fazerem bolos ou salgados para vender”; “A festa vai ter comes e bebes e actividades desportivas e radicais, patins, skate, futebol, música, dança, etc.”; “Já fizemos uma festa o ano passado, correu bem mas a partir de certa altura as certas pessoas já estavam meias bêbedas e houve confusão”; “Este ano pensámos não vender bebidas alcoólicas mas íramos receber muito menos, as pessoas não apareciam, porque*

*elas vêm é para o copo”; “Os mais novos e os mais velhos, todos”; “O mesmo se passa com a rifa, pensamos rifa um cabaz de comida, coisas de casa, electrodomésticos, tipo aspiradores e microondas mas o que dá resultados é uma garrafinha de vinho, whisky ou outra coisa qualquer”; “Podemos falar destas dúvidas e das actividades no centro”; “As reuniões são boas pois falamos sobre tudo, vimos quase todos os dias para aqui, ajudar a fazer coisas ou para conversar, fazemos o jornal”; “Temos boa relação com os técnicos que estão cá, agora estamos a fazer uma peça de teatro para o Natal, em que entram todos os que quiserem, técnicos e adolescentes e temos de treinar bastante”; “Às vezes há umas coisas, ir à praia ou ver os estádios, outras vezes a malta organiza-se e vai ao Fórum”; “Organiza-se ir ao Fórum, ir ao cinema, um lanche e depois lá para as 18h já se pode ir para casa”; “Temos de nos inscrever e vamos com os técnicos de lá”; “Fazem concursos para ver quem joga melhor consola, snoker, ping-pong”.*

#### *Expectativas de futuro*

Os adolescentes, de um modo geral, apresentam expectativas em relação ao seu futuro, apresentam algumas ideias pouco concretas a nível do futuro profissional e alguns receios futuros a nível relacional e económico.

Futuro profissional: *“Eu quero trabalhar como electricista, vou tirar um curso profissional”; “Eu quero ser algo ligado às artes, ainda não sei bem”; “Eu também, quero desenho”; “Não sei, ainda não sei”; “Quero ser futebolista (rapariga)”; “Eu queria ter um trabalho mais ou menos que me desse para me organizar”; “Eu gostava de alguma coisa ligada ao desporto”; “Eu quero ser electricista ou assim, vou para a escola profissional”; “Eu quero trabalhar com informática”; “Eu quero ser professora”; “Eu quero emigrar, para ganhar dinheiro”; “O pessoal daqui não gosta de trabalho, gostam de trabalho mais fácil, só querem é ganhar dinheiro, andam aí com os bolsos cheios do dinheiro da droga”.*

Outros projectos de futuro: *“Eu gostava de viajar”; “Eu gostava de ir a Ibiza, para as festas”; “Eu queria ir a Cabo Verde conhecer a minha família”.*

Outras expectativas/receios do futuro: *“A rapariga geralmente depende do rapaz, a rapariga gosta mais mas quando acaba quem fica mal é o rapaz, não se pode ter muita confiança numa relação, aqui vive-se a lei da concorrência”; “Tenho outros medos,*

*o divórcio, a infidelidade”; “Sim, há muita falta de confiança no futuro (...) não só das relações de casal, de tudo”; “Tenho medo de não conseguir ter uma casa, de não arranjar um emprego”.*

#### *Análise do discurso dos Técnicos*

Os técnicos reflectem acerca de aspectos que influenciam positiva e negativamente o bem-estar dos adolescentes, assim como a sua actividade profissional. Propõe, ainda, pistas para a intervenção.

São referidas barreiras e dificuldades sentidas pelos técnicos a nível profissional e aspectos que afectam o bem-estar dos adolescentes. Por outro lado, referem diversas boas práticas que promovem o bem-estar. Referem a necessidade de intervenção nos e com os vários cenários dos adolescentes, de trabalho de parceria e necessidades de formação específica para trabalhar com esta população.

Na intervenção no âmbito da promoção do bem-estar é necessário ter em conta diversos aspectos, entre os quais o trabalho com a família, o trabalho com a escola, o trabalho com o grupo de pares, o trabalho na comunidade e o trabalho com o próprio adolescente através da informação, da formação e do envolvimento.

#### *Intervenção nos diversos cenários do adolescente*

Em relação ao trabalho com família, os técnicos referem que tentam desenvolver um trabalho conjunto com o adolescente ou com a criança e com a mãe, pois defendem que, deste modo, a intervenção é mais eficaz.

Intervenção na família: *“Temos de trabalhar os adolescentes, as crianças e depois as mães, um bocado por acrescento”; “Há algum trabalho que se está a tentar fazer, tentámos inicialmente o trabalho individual das crianças, depois tentámos ver se era bom trabalhar com as mães e era mesmo. Temos casos de miúdos com pensamento muito desorganizado, impulsividade, grandes incapacidades de reagir à frustração e alguns sinais de hiperactividade. Eu trabalho directamente com as crianças, trabalhava-se com as crianças e com as mães e depois trabalhava-se em paralelo e com isto comecei a perceber que há vidas tão difíceis nestas crianças. Ela entra aqui no jardim infantil às 7h30 da manhã e sai às 6h da tarde, esta criança quando chega a casa, ela tem que mandar tudo ao ar, ela tem que se revoltar”; “A acção com os*

*pais é muito limitada, é muito difícil chegar a eles, motivá-los”; “Os pais desresponsabilizam-se dos problemas dos filhos ou não têm tempo para tratar deles”.*

No que se refere à intervenção na escola, os técnicos referem que não é fácil o trabalho com a escola, pois não existe nenhum tipo de estrutura organizada: a escola recorre aos técnicos quando sente necessidade específica com um ou outro aluno mas não é efectuada uma abordagem global e estruturada. Por outro lado, referem sentir pouca abertura e empenho das escolas para um trabalho coordenado e estruturado.

Intervenção na escola: *“Não é muito fácil trabalhar com a escola, a nível de projectos de escola, de intervenção aqui nestas escolas não existe nada nem nenhum tipo de estrutura, nestas escolas aqui não há nada”; “A nível comunitário, estruturado não existe, estas situações têm que se resolver caso a caso, é apenas resolver situações pontuais do menino A ou do menino B, não há uma política de inclusão nestas escolas”; “E a nível da intervenção na escola só é feito o que é estritamente necessário, de resto são pouco abertos à nossa intervenção, depende do nível de intervenção”; “Só quando começam a ter dificuldades começam a precisar de algumas coisas”; “Quando nos chega um miúdo identificado pela escola, é pegar nele e depois conseguir trabalhar com ele e depois com a turma toda, é realmente complicado”.*

A nível da intervenção com os professores referem que o trabalho desenvolvido depende muito da sensibilidade e motivação de cada professor em particular. Referem que alguns professores não apresentam competências para trabalho com as crianças e com os adolescentes.

Intervenção com os professores: *“A nível da escola existe uma pessoa específica que faz a ligação entre nós e os professores”; “Já tive algum contacto com a escola devido a alunos que faltam às aulas ao nível dos directores de turma e parecem-me abertos”; “Dá-me a sensação que eles estão disponíveis mas depois nem sempre funciona”; “Eles sentem muitos problemas, e problemas muito complicados, mas eles estão motivados”; “No entanto, acho que há professores que não estão motivados para este tipo de situações”; “Alguns tem mais sensibilidade do que outros, e então alguns envolvem-se mais com os miúdos que outros, mas há professores que não tem a mínima sensibilidade para essas situações”;*

*“Respondem muito mal aos miúdos, falam da família”;  
“Há professores quem nem deviam estar na escola”.*

Em relação à intervenção através dos pares, os técnicos referem que é uma estratégia muito utilizada, e referem que os adolescentes de um modo geral gostam pois os mais velhos sentem-se responsáveis e valorizados, enquanto que os mais novos têm bons modelos de referência. Os técnicos defendem que os adolescentes deveriam receber formação específica para ser promotores e mediadores e ter uma efectiva supervisão do trabalho que desenvolvem com os mais novos.

Intervenção através dos pares: *“Hoje em dia começa a utilizar-se um bocado a educação pelos pares, dar primeiro alguma protecção aos mais velhos e depois fazer com que eles trabalhem com os mais novos, como um todo”; “Nós tentámos fazer isso aqui com o apoio escolar, em que eram os adolescentes mais velhos que davam apoio aos mais novos, mas isto foi completamente irrelevante”; “Com o fim do apoio do programa e como a professora tinha de sair da escola, não se consegui arranjar outro professor com vontade e isso tudo, aqui é muito difícil”; “Mas foi uma coisa que foi bem vista, curioso, eles gostaram, os mais velhos acharam-se muito importantes e os mais novos criaram um tipo de relação especial com aqueles miúdos”; “Eles verbalizam muito que é aos mais velhos ou aos amigos dos mais velhos que eles vão pedir informações, que eles vão falar sobre os seus assuntos”; “E mesmo informalmente no espaço adolescente nota-se que os mais velhos são pessoas importantes, normalmente não estão no mesmo espaço, querem coisas diferentes, os mais pequeninos querem desenhar e fazer pinturas e a jogar ao peixinho”; “Os mais velhos já estão ou no ping-pong ou na internet ou a conversar sobre coisas e quando os mais novos estão misturados com os mais velhos, normalmente, copiam os seus comportamentos”; “O sucesso da educação pelos pares, em que são adolescentes da comunidade com formação especializada que vão junto de adolescentes mais novos trabalhar com eles na promoção de comportamentos saudáveis através de workshops, actividades lúdicas”; “Estes adolescentes promotores e mediadores devem ter formação e supervisão adequadas de modo a que o processo seja sempre acompanhado”.*

## Parceria

Em relação ao trabalho em parceria, todos os técnicos concordam que é essencial e muito eficaz. As principais razões que apresentam para justificar a sua importância são a troca de experiências, partilha de problemas e dificuldades, supervisão e inter-ajuda, trabalho intersectorial, optimização e rentabilização dos recursos humanos, materiais e das infra-estruturas. Por outro lado, referem que na maior parte das vezes não se estabelece um verdadeiro trabalho em parceria estruturado e articulado, por falta de disponibilidade de certos parceiros, por alguns parceiros apenas recorrerem ao trabalho de parceria quando têm problemas, e por vezes apresentarem objectivos diferentes de outros parceiros.

Benefícios do trabalho em parceria: *“O trabalho em rede é essencial, faz-se muito mais, com os mesmos recursos e é mais eficaz. São os técnicos que trabalham junto das pessoas que identificam os problemas e necessidades”; “Temos uma reunião quinzenal com vários parceiros, associações que trabalhem com adolescentes e o centro de saúde, estão presentes técnicos e adolescentes representantes de cada associação, debatemos questões, programamos actividades a desenvolver com os adolescentes e em interacção com toda a comunidade”; “Todas as instituições que trabalham com adolescentes, acho que juntas elas podem ir mais além fazendo coisas em conjunto para os adolescentes destas comunidades, até alguns adolescentes acabam por estar em mais do que uma das instituições”; “E tendo pessoas com diferentes formações, há uma maior abrangência, quer das pessoas que nós vamos atingir, quer dos próprios recursos que vamos conseguir mobilizar. Mesmo recursos humanos, e materiais, em termos de cada instituição”; “O trabalho que fazemos envolve trabalho de parceria. Mesmo as escolas telefonam para nós para perguntar o que é que se passa com esta família, se a estamos a acompanhar”; “Se uma criança anda numa creche que não é aqui, então nós contactamos com a creche”; “Um acompanhamento de qualquer situação supõe sempre uma relação com os serviços”; “Há o centro de saúde, hospital, centro de atendimento a toxicodependentes, a santa casa da misericórdia, que tem o centro comunitário do bairro, a casa pia, depois há questões também relacionadas com a câmara municipal e com a segurança social”; “Acho que se consegue um bom trabalho, por exemplo com as enfermeiras, a nível escolar e do centro*



*de saúde mas é um contacto pessoal”; “E a parceria permite que cada uma de nós saia um bocado da sua instituição, do seu dia a dia, e acabamos por estar com outras pessoas, que vêem as coisas de uma maneira diferente, que tem outras áreas, acabam por nos fazer crescer, não só quando nós estamos a programar, mas também noutros tipos de conversas”.*

Dificuldades do trabalho de parceria: *“Mas muitas vezes uns não estão tão disponíveis em termos de reuniões porque os monitores não têm essa disponibilidade”; “O ano passado também teve uma associação de adolescentes e que este ano também já não está”; “Pode dizer-se que há uma relação de parceria, se trabalharmos todos em conjunto com o mesmo objectivo, mas aqui não é assim, por exemplo, é uma coisa que podemos ver com as escolas, enquanto nós queremos que os miúdos lá fiquem e trabalhem juntos, elas querem que os miúdos fiquem de fora, portanto não se pode falar mesmo de parceria. Eles quando precisam ligam para nós, é mesmo assim. Há uma certa articulação, mas parceria não, não é bem isso”; “Mas depois por exemplo no hospital já não corre da melhor maneira, já é mais complicado, depende, não há nada estruturado, uma rede real, há alguns contactos pessoais que, por vezes, aligeiram as coisas”; “Normalmente são reunidos vinte miúdos, miúdos que têm algum tipo de problema ou algum tipo de comportamento, que nós achávamos que precisava de outro tipo de apoios e envolvimento mas normalmente é preciso muito dinheiro para abordar estes casos, sabe? Uma vez convidámos as enfermeiras para vir cá fazer uma formação e vieram oito pessoas do centro de saúde algumas pessoas aqui do bairro mas não correu nada bem. As pessoas não querem ouvir falar de nenhum familiar desta maneira”; “As estagiárias de psicologia do centro de saúde fizeram um questionário mas as pessoas que não estão habituadas a falar dessas coisas, responderam anonimamente, algumas tiveram que ser ajudadas por uma data de gente e outras, muitas não cumpriram a sua função”.*

#### *Formação dos técnicos*

Relativamente à percepção face à necessidade de receber formação em determinadas áreas, dos técnicos referem que apenas formação não é suficiente. Defendem que a formação deve ter aplicação prática. Um dos temas em que referem mais dificuldades é na gestão e resolução de conflitos pois,

segundo estes profissionais, os adolescentes estão em constante conflito uns com os outros, com os professores e com eles próprios. Referem que os técnicos têm tendência para criar barreiras face às pessoas da comunidade para se defender a sua própria falta de competência para trabalhar com diferentes valores e culturas. Os técnicos referem sentir necessidade de receber mais formação a nível de questões sociais e de como desbloquear recursos. Referem, ainda, a importância do desenvolvimento de formações que envolvam e capacitem os membros da comunidade, inclusive os adolescentes.

Formação: *“Formação, bem a questão da formação só por si não resulta, temos de ver a aplicação prática”; “Gostaríamos de ter mais formação nesta área mas com grande componente prática, tinha mesmo de ser com questões práticas porque nós agora nesta fase de trabalho convém que seja prático”; “Se calhar, a dificuldade que mais sinto é gerir, ou ajudá-los a gerir os conflitos nesta fase (adolescência), talvez seja o mais complicado”; “São miúdos, que andam sempre em conflito com alguém ou com alguma coisa. Os professores estão sempre a ligar porque existe um conflito qualquer na escola”; “Os conflitos é uma situação que não é fácil de lidar”; “Um técnico deve ser empático, conhecer a comunidade com que trabalha, envolver-se profissionalmente, trabalhar com as pessoas acerca do que elas precisam e de um modo viável”; “O técnico tem de conhecer e respeitar a cultura da comunidade. Muitas vezes os técnicos criam anticorpos contra as pessoas, provavelmente por não saberem lidar com as pessoas e isso pode arruinar com qualquer intervenção”; “Gostaria de ter mais formação em áreas específicas, no sentido de fazer um melhor trabalho com a comunidade, questões ligadas aos apoios sociais, como os desbloquear recursos, etc.”; “Nós é que estamos aqui, nós é que damos a cara. Precisamos de apoio e formação a diversos níveis até informático, por exemplo no apoio social, houve um erro no serviço que eu estava a fazer e fui penalizada por inexperiência informática”; “Formação, formação, assim como nós, muitos destes adolescentes e adultos da comunidade que têm tido acesso a bolsas de formação, estão cansados de tanta formação e querem passar à prática”; “Foi um grande passo o papel de promotor de saúde ter sido aceite e formalizado pelo ministro da saúde, assim estes adolescentes e nós também vemos o nosso trabalho valorizado e respeitado”.*

No que se refere às maiores dificuldades identificadas no seu trabalho com a comunidade, os técnicos referem a falta de competência a nível da gestão emocional. Referem uma fraca adesão dos pais e da comunidade em geral relativamente às actividades e reuniões, e uma fraca adequação das iniciativas realizadas face às verdadeiras necessidades percebidas pelos pais e pela população alvo. Os técnicos verificam, por parte da comunidade, uma falta de confiança nos técnicos e na possibilidade de melhoria da situação. Por parte dos adolescentes, verificam uma constante insatisfação e volatilidade. Identificam os processos burocráticos como um entrave à eficácia das actuações e intervenções. Referem, ainda, falhas a nível da coordenação dos recursos e que as próprias instituições onde trabalham, pela desadequada formação e inércia das chefias e pelas normas demasiado rígidas, funcionam como barreiras à inovação e a um trabalho mais eficaz com a comunidade. A população, de um modo geral, apresenta uma fraca e negativa expectativa face a um futuro melhor.

Gestão emocional: *“Tenho que me tornar mais fria para não deixar que os problemas me afectem a nível emocional”*; *“Seria bom termos acompanhamento e supervisão, a nível de centro, em termos de família, de trabalho, tudo”*.

Envolvimento dos pais e a comunidade: *“Já é difícil motivá-los para vir a sessões quanto mais para ouvir falar mal dos seus (nas reuniões de pais)”*; *“A nossa ideia é trabalhar a questão da sexualidade e do planeamento familiar para além da informação dos métodos contraceptivos, mas a eles estas questões não lhes interessam”*; *“Já tentámos diversos horários, fim do dia, noite, até ao fim-de-semana, aparecem sempre duas ou três mães e raramente um casal”*; *“Portanto devia haver mais trabalho no âmbito da psicologia”*; *“O centro de saúde tem um gabinete de apoio ao adolescente mas tem um funcionamento das 9 às 17 horas e certas pessoas não têm acesso, quer por desconhecimento, por receio, por não estarem legais, etc. O trabalho só tem resultados positivo se formos lá ao bairro, trabalhar junto da população, compreender as suas dificuldades e necessidades e tentar adequar o trabalho de promoção de saúde à realidade em que estas pessoas vivem”*; *“É muito difícil conseguir reunir as pessoas e dinamizar a comunidade”*; *“A nível dos pais, nós não vamos conseguir mudar a relação que eles têm*

*com eles”*; *“O trabalhar com os pais já é uma batalha um pouco perdida”*.

Envolvimento dos adolescentes: *“Não é muito fácil fazer qualquer coisa com os adolescentes. Nós propomos coisas para eles fazerem, mesmo no espaço adolescente, fazer uma banda desenhada, torneios de ping-pong, primeiro querem, querem, e depois já não querem... eu acho que é um bocado assim... também é típico da adolescência, quer não quer ou quer amanhã já não quer hoje se começa a exigir muito deles deixam”*.

Burocracia: *“É tudo muito burocrático, tudo muito lento e difícil, tem a ver com a filosofia das práticas, aquela possibilidade de conseguir uma solução imediata, mas não, têm que se preencher quinhentos papéis”*.

Questões institucionais: *“Tudo o que tentamos fazer à margem do que está estabelecido é vetado”*; *“Nós o ano passado conseguimos fazer um ateliê de actividades manuais mas foi tudo tão complicado que desistimos, tudo o que seja diferente daquilo que é o do regulamento, é tudo muito complicado”*; *“Não há é tempo ou melhor boa vontade e oportunidade, porque há coisas que nem custam muito dinheiro, é só uma oportunidade de alterar determinado tipo de processos, o que apenas envolve um esforço dos técnicos, mas que depois as pessoas acham que não é necessário, e que acaba por provocar uma perturbação no ensino ordinário da instituição, etc., e depois há coisas que têm a ver com a própria formação da direcção, há aquela lei que diz que a gente chega ao limite da nossa competência e pronto eu acho que a direcção chegou ao limite da competência deles”*; *“Muitas dificuldades têm a ver com a própria instituição, é assim, teoricamente dizem que a instituição fecha às 18h30 ou às 19h, mas só fecha às 21h, quando acaba o judo. As actividades desportivas são as únicas que não são tratadas com as técnicas. Todas estas decisões são tomadas directamente pela direcção. Portanto, fazem as actividades mas não fazem a mínima ideia do que se está ali a passar”*; *“Nós por exemplo disponibilizamos recursos logísticos e humanos (dependendo do que se quer fazer) aproveitando para dar formação às pessoas, dar formação aos adolescentes, debates e dar algum tipo de ajuda e informação à comunidade, há uma sala grande que se podia aproveitar para isso mas aqui não há abertura da direcção para esse tipo de formação profissional, é o que nos dizem sempre... a este nível não há resposta”*.

Coordenação de recursos: “Sentimos muitas dificuldades a nível das respostas, há situações que não conseguimos ter respostas para elas. Tem de ser feita uma intervenção global para a integração porque não há emprego ou não há formação ou não há curso adequado”; “Nós temos uma certa família para trabalhar e não conseguimos arranjar e coordenar esforços, a nível habitacional, por exemplo, que é o básico, o essencial e essa resposta não está assegurada, não está garantida e que é um direito de todos, a partir daí pouco se pode fazer”; “O IGAP desresponsabiliza-se completamente e a câmara igualmente portanto temos a situação completamente sem solução, andam a jogar ping-pong com as situações das pessoas”; “O dinheiro é necessário para desbloquear condições e recursos para a população por outro lado a solidariedade e a união entre técnicos e a própria comunidade já deu resultados fantásticos. Se cada um fizer um pouco e contribuir um pouco leva a um maior envolvimento, responsabilidade e identificação”.

Expectativas futuras: “A questão aqui não é a etnia mas sim as condições económicas e exclusão social que estas pessoas vivem. O futuro não surge positivo, as expectativas são nulas ou negativas. Os adolescentes aprendem depressa que têm mais sucesso a traficar drogas do que andar na escola a reprovarem anos ou a trabalhar 10h por dia nas obras. Enquanto não surgirem verdadeiras alternativas, não apenas formações mas projectos a mais longo prazo esta população não vai viver o amanhã mas sim o hoje. Embora se note uma crescente preocupação da parte dos adolescentes com o seu futuro, essa reflexão só lhes mostra um caminho com poucas e alternativas negativas”; “Uma das maiores dificuldades é fazer com que as pessoas acreditem que se pode fazer algo para mudar as coisas para melhor; que os técnicos querem realmente ajudar”.

#### *Boas práticas*

Segundo os técnicos, um dos aspectos mais positivos e eficazes na prevenção de comportamentos de risco por parte dos adolescentes, é desenvolvimento de trabalho no âmbito da ocupação dos tempos livres, educação para a saúde e capacitação ou *empowerment* da comunidade, envolvendo e responsabilizando a população, nomeadamente os adolescentes mais velhos no sentido de ser um exemplo válido e positivo para os mais novos.

Ocupação dos tempos livres: “A prática de actividade física é uma ótima alternativa, os miúdos gostam muito”; “Os acampamentos, porquê o acampamento? porque os miúdos saem logo do bairro, e têm logo uma realidade completamente diferente e percebem que existem outras formas de ser e de estar, fora das que estão habituados a estar. Depois porque na relação com os técnicos, estar 24h com um miúdo não tem nada a ver com o estar duas ou três horas numa tarde, e depois porque acabam por ocorrer sempre imprevistos que acabam por ser bons. É altamente motivador, porque todos eles adoram, o que leva também à aprendizagem”; “Outro tipo de eventos e actividades que tem grande impacto na população adolescente, são actividades que envolvam desporto, música, dança, acampamentos, actividades fora do bairro, etc.”.

Educação para a saúde: “A informação, a chamada de atenção, educação, alguma coisa, acaba sempre por ficar lá, mas isso é com qualquer pessoa, agora passar daqui à prática”; “Quando fazemos os espaços de férias com estes miúdos, por exemplo, eles não lavavam os dentes em casa, mas connosco lavam e depois chegavam a casa novamente e deixavam de lavar. Eles agora isto já não acontece, já passaram à prática. Mas no início não passavam, estavam connosco, faziam porque havia fiscalização, e toda a gente tinha de lavar, e agora já lavam”.

Capacitação da comunidade: “Uma iniciativa que tem muito impacto na promoção de saúde e no trabalho com a comunidade é envolvê-la, nesse sentido fazemos formação e integração no mercado de trabalho das pessoas da comunidade (amas, auxiliares de idosos e doentes acamados, promotores de saúde e mediadores sociais)”; “Com o envolvimento dos adolescentes há uma maior responsabilidade, agora eles vêm sozinhos ter connosco, têm uma maior autonomia”; “Eles agora sabem assumir responsabilidades, assumem um compromisso e sabem assumi-lo”; “Em relação à educação pelos pares, os nossos já tiveram várias formações, quer promovidas por nós técnicos, com as nossas sessões, quer com outros programas, já tiveram por exemplo uma formação em Sintra que foi promovida por outro projecto e depois têm muitos intercâmbios, ainda agora ligaram porque queriam que fossemos este fim de semana para Aljustrel. Há muita formação, porque eles também estão envolvidos em muitos projectos. E depois debatemos a paz e outras questões. Eles trabalham não só aqui como também em muitos outros sítios”; “E aqui depois há grupos dos mais

*velhos que dão formação aos mais novos, não é bem dar formação, ainda não. O que acontece é que os mais velhos trabalham connosco com os mais novos, quer com os 'dreads', quer com os 'bacanos'. E a nível da comunidade de rua, trabalham com os miúdos de rua. Ainda agora fomos para Coimbra, e os nossos miúdos mais velhos funcionam já como influência, como imagem positiva para os miúdos de rua"; "E eles programam também, ainda agora vão fazer uma surpresa para os meninos de rua, e vão programar essa tarde toda comigo"; "O consciencializar que até tem resultados a nível do tabaco, etc.; o exemplo deles vai influenciar os mais novos, e eles têm aquele carinho pelos mais novos, e às vezes conseguem mesmo coisas boas"; "Os animadores são raparigas e rapazes que tiveram bons resultados no grupo e que depois foram convidados para participarem"; "Algumas não tem formação de animadoras, são colocadas no grupo e são orientadas por quem tem formação. Porque às vezes é melhor alguém que conheça o grupo, que já tem alguma empatia. É importante por causa do modelo de referência, do acreditar"; "Sim, e chegam muito mais longe com os outros do que os próprios técnicos, porque aquilo que dizem e a forma como o dizem é mágica, e os pequenos acabam por fazer aquilo que os mais velhos dizem sem terem sequer de falar com os técnicos"; "Para eles é mais fácil ouvir e falar com os mais velhos do que com os técnicos".*

#### *Expectativas futuras*

Em relação à auto-estima dos adolescentes migrantes, os técnicos estão de acordo que eles apresentam uma fraca auto-estima. Referem que os adolescentes apresentam dificuldades de pensamento a médio/ longo prazo, têm expectativas futuras muito vagas, negativas ou demasiado elevadas.

Percepção de si e expectativas futuras: *"As crianças também não fazem grandes planos de vida, pensam só no dia de hoje"; "Têm planos irrealistas, ou vão ser um jogador de futebol ou uma grande cantora"; "A discriminação reforça a imagem negativa que eles já têm sobre si próprios e de incapacidade"; "E perdem a esperança de a vida deles vir a ser diferente"; "Um grande problema destes adolescentes é a questão da auto-estima, muitos destes adolescentes não acreditam em si, não têm expectativas positivas face ao futuro".*

## DISCUSSÃO

Os adolescentes referem que existem poucas actividades e estruturas de ocupação dos tempos livres: *"O pior é quando não há nada para fazer"*.

A ocupação do tempo livre, nomeadamente através da prática de actividade física, é assinalada como uma variável potencialmente importante no que diz respeito à promoção de saúde, no sentido da promoção do bem-estar físico, social e psicológico (Matos & Sardinha, 1999). Por outro lado, os adolescentes que não praticam actividade física e se dedicam mais a actividades sedentárias, tais como ver televisão, afirmam mais frequentemente experimentação e consumo de álcool (Hibell *et al.*, 1997; 2000). Perante estes factos, a ocupação dos tempos livres mais do que uma variável potencialmente importante, mostra-se fundamental na promoção de saúde na adolescência.

É de salientar que os adolescentes se mostraram muito interessados em desenvolver debates acerca de diversos temas, e que por si só revelam muito do que os preocupa: "racismo"; "relação sexual e emocional com o par sexual"; "abandono escolar"; "relação entre os adolescentes na escola"; "problemas associados aos bairros sociais – discriminação, exclusão, estigmatização e tráfico de droga" e, ainda, "futuro – casa, emprego, falta de oportunidades, divórcio/infidelidade". Todo o cenário de exclusão social e discriminação, o modelo parental, a grande taxa de abandono escolar e a fraca auto-estima surgem como factores potenciadores de *stress*, depressão e desesperança face ao futuro (Gaspar, 2005; Gaspar & Matos, 2007; Roberts, Phinney, Masse & Romero, 1999).

Em relação aos apoios sentidos, colocam os amigos em primeiro lugar. Por vezes também recorrem aos pais, aos professores e a outros profissionais. Destes, os mais referidos como ponto de apoio foram as educadoras e os animadores.

Os aspectos mais positivos referidos pelos adolescentes foram, em primeiro lugar, as actividades desportivas e de lazer com os amigos, depois as actividades desenvolvidas nos grupos de adolescentes, com o envolvimento da comunidade, entenda-se, técnicos de intervenção, pais, familiares, residentes do bairro e vizinhos de outros bairros.

A percepção do ambiente social e do controlo pessoal são factores preditores de comportamentos desajustados, nomeadamente o abuso de álcool e outras substâncias, comportamentos de violência

e fraca competência no controlo emocional (Gaspar, Matos, Gonçalves & Ramos, 2005, 2007; Griffins, Scheiier, Borvin, Diaz & Miller, 1999).

A barreira mais relevante para os técnicos foi a intervenção nos vários cenários do adolescente, marcada pela desmotivação, descrença e percepção de incompetência, quer por parte dos próprios adolescentes, dos pais, professores e técnicos de intervenção, nomeadamente as suas chefias.

Os técnicos percebem que o trabalho em parceria tem grandes potencialidades mas sentem que não efectuam um verdadeiro trabalho de parceria. Consideram que praticam mais intervenções pontuais especificamente identificadas, referem a falta de estruturação e de motivação como as principais barreiras a um efectivo trabalho de parceria.

A dificuldade mais assinalada pelos técnicos foi a questão da gestão emocional e de conflitos, quer a nível individual, quer entre indivíduos da comunidade, nomeadamente adolescentes, ou entre diferentes profissionais e instituições ou, ainda, dentro da própria instituição.

Friedmann (1996) e Hoven e Nunes (1996) verificam a existência de diversos obstáculos à participação na intervenção. Por parte da população, através de uma atitude de acomodação e passividade, baixa auto-estima, baixos níveis de informação e capacidade crítica, desilusão e descrença, após expectativas não realizadas. Por parte da sociedade em geral, onde domina uma não participação e uma resistência a perder o poder. Também por parte dos técnicos podem surgir dificuldades, assim como o assistencialismo e o proteccionismo, a criação de expectativas elevadas não realizadas, resistência do técnico à perda do seu poder, falta de apoio aos técnicos (informação, recursos, motivação) e um formalismo excessivo nas estratégias da mobilização de participação. Rodrigues e Stoer (1998) salientam que podem surgir riscos do trabalho em parceria, tais como o factor moda, riscos a nível dos protocolos, da competência pessoal, social e profissional dos técnicos e do factor confiança.

Para que haja uma participação efectiva e eficaz é necessária a reunião de diversas condições, tais como a existência de políticas sistémicas de abertura à participação, estratégias de *empowerment*, de comunicação, de informação e educação, de motivação, mediação e negociação, respeito pela diversidade das formas e ritmos de participação e persistência (Gaspar, 2005; Gaspar & Matos, 2007).

As boas práticas salientadas pelos técnicos foram a promoção de ocupação dos tempos livres, mobilização e optimização de recursos e infraestruturas, o envolvimento da comunidade, especificamente, os adolescentes em actividades que promovam a responsabilidade e a autonomia, dando como exemplo o trabalho com os pares ou o planeamento de actividades na comunidade.

Os técnicos deverão ser apoiantes e dinamizadores pondo à disposição as suas competências. No entanto, o profissional deve funcionar como um recurso e não um substituto do sujeito, tendo como função motivar e incentivar a população à reflexão e à tomada nas suas mãos da resolução dos problemas, aumentando a confiança em si mesma, tornando-se essencial procurar activamente a participação de dirigentes e activistas do bairro ou comunidade e profissionais da educação e da saúde (WHO, 1999).

## CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A nível da intervenção quer os adolescentes quer os técnicos salientam a necessidade de combater a exclusão, a discriminação, a pobreza e a falta de condições do bairro, e de promover mais e melhores interacções e actividades entre os adolescentes, e entre os adolescentes e a comunidade e os técnicos. A nível da formação defendem que esta deve ser adequada às necessidades, dificuldades e dúvidas sentidas quer pelos técnicos quer pelos adolescentes. Os técnicos identificam, ainda, diversas barreiras na sua actividade profissional.

Através duma abordagem qualitativa obtém-se um quadro revelador da percepção dos adolescentes e dos técnicos participantes relativamente (1) aos factores que influenciam o bem-estar dos adolescentes, e (2) às estratégias de intervenção que têm vindo a ser desenvolvidas no sentido da promoção de saúde e da protecção do risco.

Neste âmbito, julga-se que a presente investigação fornece informação relevante para aqueles que estão envolvidos na intervenção e promoção de saúde com adolescentes migrantes que residem em bairros de alojamento. Esse conhecimento poderá estar nas estratégias de intervenção, visando abranger a multiculturalidade, a pobreza, a exclusão social, as competências sociais e pessoais, a ocupação de tempos livres, o *empowerment* dos adolescentes e da comunidade envolvida, a formação dos técnicos, o trabalho em parceria, as barreiras e as boas práticas.

Propõe-se a aplicação da técnica qualitativa, grupos de discussão centrados num tema, em cada bairro específico, para criar um quadro revelador e organizador da problemática e a utilização deste conhecimento no planeamento, implementação e avaliação de programas de promoção de bem-estar.

Uma barreira identificada e aprofundada neste trabalho foi o conjunto das evidentes falhas a nível das competências pessoais e sociais, por parte dos adolescentes, dos pais, dos professores e dos técnicos de intervenção. Deste modo, propõe-se a inclusão na formação, académica ou não, destes “actores”: o treino e a promoção de competências de gestão das emoções e de resolução dos conflitos, de resistência à pressão dos pares, a promoção da auto-estima, entre outras identificadas como deficitárias na população alvo.

## REFERÊNCIAS

- EMCDDA (2000). *Understanding and responding to drug use: the rule of qualitative research*. Belgium: EMCDDA.
- Friedmann, J. (1996). *Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo*. Oeiras: Celta Editora.
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., & Ramos, V. (2007). Risco e Protecção: Adolescentes Migrantes. In P. Sargento dos Santos (Ed.), *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi.
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., & Ramos, V. (2005). Saúde dos Adolescentes Migrantes. In M. Matos (Ed.), *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 119-124). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T. (2005). Saúde e diversidade cultural. In M. Matos (Ed.), *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 69-78). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J. L., & Leal, I. (2007). Impacto do estatuto socio-económico e do estatuto migrante: Qualidade de vida em crianças e adolescentes. In *10.ª Conferência Nacional de Economia da Saúde*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública/UNL <http://www.es2007.org/Comunicações/ComunicaçõesOrais/tabid/59/Default.aspx>
- Gaspar, T., & Matos, M. (2007). Comportamentos de Saúde de Adolescentes Migrantes e o Efeito Protector da Relação com os Avós. *Revista de Estudos Demográficos*, 41, 37-51.
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos Sexuais, Conhecimentos e Atitudes face ao VIH/Sida em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), 299-316.
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., & Ramos, V. (2006). Desvantagem Socio-Económica, Etnicidade e Consumo de Álcool na Adolescência. *Análise Psicológica*, 24 (4), 495-508.
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance. Um guia para a prática da Promoção da Saúde. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 9-56). Lisboa: FMH.
- Gonçalves, A. et al. (2003). Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1), 55-64.
- Griffin, K., Scheier, L., Borvin, G., Diaz, T., & Miller, N. (1999). Interpersonal aggression in urban minority youth: mediators of perceived neighbourhood, peer, and parental influences. *Journal of Community Psychology*, 27 (3), 281-298.
- Hamburt, A. (1999). Preparing for life: the critical transition of adolescence. In R. Muuss, & H. Porton (Eds.), *Adolescent Behavior* (pp. 4-10). USA: McGraw-Hill College.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., & Morgan, M. (1997). *The 1995 ESPAD Report: the European School Survey, Project in Alcohol and Other Drugs*. Pompidou Group, Council of Europe.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD Report: the European School Survey, Project in Alcohol and Other Drugs*. Pompidou Group, Council of Europe.
- Lambert, M., Hublet, A., Verduyck, P., Maes, L., & Broucke, V. (2002). *Report of the project 'Gender Differences in Smoking in Young People'*. The European Commission, Europe against Cancer. Belgium: FIHP.
- MacDougall, C., & Baum, F. (1997). The devil's advocate: a strategy to avoid groupthink and stimulate discussion in focus group. *Qualitative Health Research*, 7 (4), 532-541.
- Martins, E., & Silva, J. (2000). *Cultura(s) e diversidade. Diversidade e Multiculturalidade*. Lisboa: ISPA.
- Matos, M. (2005). *Comunicação gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., & Sardinha, L. (1999). Estilos de Vida Activos e Qualidade de Vida. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 163-182). Lisboa: FMH.
- Matos, M., Gaspar, T., Vitória, P., & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o Tabaco: rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT e Ministério da Saúde.
- Matos, M., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2005). *Aventura Social, Etnicidade e Risco/Prevenção Primária do VIH em Adolescentes de Comunidades Migrantes*. IHMT/UNL – FMU/UTL – HBSC/OMS.
- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.

- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Projecto Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*. Website: [www.fmh.utl.pt/aventurasocial](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial); [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)
- Morse, J. (1999). Qualitative methods the state of the art. *Qualitative Health Research*, 9 (3), 393-406.
- Rodrigues, F., & Stoer, S. (1998). *Entre parceria e parteneriado amigos, amigos, negócios à parte*. Lisboa: Celta Editora.
- Roberts, R., Phinney, J., Masse, L., Chen, Y., Roberts, C., & Romero, A. (1999). The structure of ethnic identity of young adolescents from diverse ethno-cultural groups. *Journal of Early Adolescence*, 19 (3), 301-322.
- Roosa, M., & Gonzales, N. (2000). Minority issues in prevention: introduction to the special issue. *American Journal of Community Psychology*, 28 (2), 145-223.
- Settortobulte, W., Jensen, B., & Hurrelmann, K. (2001). *Drinking Among Young Europeans*. WHO: Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Teixeira, J. (2000). *Contextos sociais e culturais em psicologia da saúde*. In J. Ornelas & S. Maria (Eds.), *Diversidade e Multiculturalidade, Actas da 2.ª Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental* (pp. 69-77). Lisboa: ISPA
- Willkinson, S. (1998). Focus Group in Health Research: exploring the meanings of health and illness. *Journal of Health Psychology*, 3 (3), 329-348.
- World Health Organisation (1999). *WHO information series on school health. Document six. Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: An important responsibility of health promoting schools*. Geneva: WHO. Retirado em 10 de Dezembro de 2002 da World Wide Web: [www.who.int/hpr/gshi/docs](http://www.who.int/hpr/gshi/docs).

## RESUMO

O presente trabalho visa compreender e caracterizar os factores e estratégias promotoras do bem-estar subjectivo em adolescentes migrantes oriundos dos PALOP, através da perspectiva dos adolescentes e dos técnicos de intervenção. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, grupos focais ou grupos de discussão centrados no tema, especi-

ficamente, o bem-estar subjectivo nos adolescentes migrantes e intervenção que é realizada neste âmbito. Foram realizados 8 grupos, 26 adolescentes divididos em 4 grupos e outros 4 grupos com um total de 22 técnicos. Foi efectuada uma análise de conteúdo dos discursos dos participantes, e para cada categoria e cada sub-categoria identificada foram apresentados exemplos ilustrativos do discurso dos adolescentes e dos técnicos. Os resultados realçam essencialmente, a necessidade de actividades alternativas de ocupação de tempos livres dentro e fora da escola, envolvimento mais activo e participação mais adequada e competente por parte dos pais, profissionais e adolescentes. Estas propostas remetem para a necessidade de uma intervenção conjunta e ecológica entre os vários actores e nos diversos contextos socio-económicos e culturais.

*Palavras-chave:* Bem-estar, adolescência, promoção de saúde, migrantes, grupos focais.

## ABSTRACT

The present study aims to identify and to characterize the strategies used in order to promote subjective wellbeing in adolescents that come from abroad (PALOP), according to adolescents' perspectives and professionals' perspectives were also analysed and discussed.

A qualitative method was used in order to collect data. A "focus group" or discussion groups based in specific issue was used to collect information and to contextualize, to highlight and to interpret the knowledge obtained through literature. Eight focus groups were carried out: four groups with adolescents; and four groups with professionals. Participants speeches were analysed by using a *content analyse procedure*.

The results highlighted from one side the need of alternative activities to spend leisure time inside and outside school. On another hand results suggested the need for active involvement from parents, adolescents and professional and the need for a more skilled/competent participation from education professional. Those proposals indicate the need of a global intervention, framed by an ecological approach involving all actors and several socio economic and cultural contexts.

*Key words:* Wellbeing, adolescence, health promotion, migrants, focus group.